

IF YOUR CLAIM IS LISTED HERE, ONE OR MORE OF THE DEBTORS ARE SEEKING TO DISALLOW YOUR CLAIM BECAUSE THEIR RECORDS SHOW THAT YOUR CLAIM IS DEFICIENT.

NAME	CLAIM #	DATE FILED	DEBTOR	ASSERTED CLAIM AMOUNT
CARRILLO RODRIGUEZ, CARMEN R	2183	3/12/2018	Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico	\$0.00 \$22,320.00
<p>Reason:</p> <p>Proof of claim purports to assert liabilities associated with the Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico, but fails to provide any basis or supporting documentation for asserting a claim against the Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico, such that the Debtors are unable to determine whether claimant has a valid claim against the Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico or any of the other Title III debtors</p>				

SI SU RECLAMO ESTÁ INCLUIDO AQUÍ, UNO O MÁS DE LOS DEUDORES SOLICITAN QUE SU RECLAMO SEA RECHAZADO, PUESTO QUE LOS DATOS INDICAN QUE SU RECLAMO ES DEFICIENTE.

NOMBRE	N.º DE RECLAMACIÓN	FECHA DE PRESENTACIÓN	DEUDOR	MONTO DE LA RECLAMACIÓN ALEGADA
CARRILLO RODRIGUEZ, CARMEN R	2183	3/12/2018	Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico	\$0.00 \$22,320.00
<p>Base para:</p> <p>La evidencia de reclamación tiene la intención de formular las responsabilidades asociadas con el Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, pero no proporciona los fundamentos ni la documentación de respaldo para formular una reclamación contra dicho sistema, de manera que los Deudores no pueden determinar si el reclamante tiene una reclamación válida contra el Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico o cualquiera de los otros deudores en virtud del Título III.</p>				

Copies of the Omnibus Objection and all other filings in the Title III Cases are available free online at <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. If you have questions, please contact Prime Clerk LLC at (844) 822-9231 (toll free for U.S. and Puerto Rico) or (646) 486-7944 (for international callers), available 10:00 a.m. to 7:00 p.m. (Atlantic Standard Time) (Spanish available).

Copias de la Objeción global, y todos los escritos radicados en el marco de las causas conforme al Título III, están disponibles, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Prime Clerk LLC llamando al (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponible entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español).



# 1020584

**Permiso Especial**  
**Fecha Expiración**

# 02JUN2021

Miguel A. Torres Díaz  
Secretario DTOP

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
Departamento de Transportación y Obras Públicas  
Directoría de Servicios al Conductor



**CARRILLO RODRIGUEZ**  
**CARMEN R**

femenino





Formulario 480.7C  
Form  
Rev 07.18

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO  
Departamento de Hacienda - Department of the Treasury  
DECLARACION INFORMATIVA - PLANES DE RETIRO Y ANUALIDADES  
INFORMATIVE RETURN - RETIREMENT PLANS AND ANNUITIES  
AÑO CONTRIBUTIVO - TAXABLE YEAR : 2018

F1493221376

Número Confirmación de Radicación Electrónica  
Electronic Filing Confirmation Number

☐ Enmendado - Amended ( DD / MM / AA/YY)

INFORMACIÓN DEL PAGADOR - PAYER'S INFORMATION	INFORMACIÓN DE QUIEN RECIBE EL PAGO - PAYEE'S INFORMATION	INFORMACIÓN DEL PLAN - PLAN'S INFORMATION
Núm. de Identificación Patronal - Employer Identification Number <b>66-0433481</b>	Núm. de Seguro Social - Social Security No. <b>redacted 1692</b>	Núm. de Identificación Patronal - Employer Identification Number <b>66-0433481</b>
Nombre - Name <b>Sistema de Retiro para Maestros</b>	Nombre - Name <b>CARMEN CARRILLO RODRIGUEZ</b>	Nombre del Plan - Name of Plan <b>Sistema de Retiro para Maestros</b>
Dirección - Address <b>PO Box 191879 San Juan PR</b>  Código Postal - Zip Code <b>00919-1879</b>	Dirección - Address <b>EXT ALAMAR B20 CALLE M</b>  <b>LUQUILLO, PR</b> Código Postal - Zip Code <b>00773</b>	Nombre de quién auspicia el Plan - Plan Sponsor's Name <b>Sistema de Retiro para Maestros</b>  Fecha en que comenzó a recibir la pensión Date on which you started to receive the pension Día/Day: <b>29</b> Mes/Month: <b>7</b> Año/Year: <b>2011</b>

Marque el encasillado correspondiente: - Check the corresponding box:

Forma de Distribución: Form of Distribution:		Tipo de Plan o Anualidad: - Plan or Annuity Type:	
<input type="checkbox"/> Total Lump Sum	<input type="checkbox"/> Parcial Partial	<input checked="" type="checkbox"/> Pagos Periódicos Periodic Payments	
		<input checked="" type="checkbox"/> Gubernamental Governmental	<input type="checkbox"/> Privado Calificado Qualified Private
		<input type="checkbox"/> No Calificado Non Qualified	<input type="checkbox"/> Anualidad Fija Fixed Annuity
		<input type="checkbox"/> Anualidad Variable Variable Annuity	
Descripción - Description	Cantidad - Amount	Distribuciones - Distributions	
1. Aportación Vía Transferencia Rollover Contribution	0.00	16. Cantidad Distribuida Amount Distributed	22,620.00
2. Distribución Vía Transferencia Rollover Distribution	0.00	17. Cantidad Tributable Taxable Amount	22,320.00
3. Costo de la Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	45,224.20	18. Cantidad sobre la cual se Pago por Adelantado bajo las Secciones 1081.01(b)(9) o 1012D(b)(5) - Amount over which a Prepayment was made under Sections 1081.01(b)(9) or 1012D(b)(5)	0.00
4. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund	0.00	19. Aportaciones Voluntarias After-Tax Contributions	0.00
5. Contribución Retenida sobre Pagos Periódicos de Planes Calificados o Gubernamentales - Tax Withheld from Periodic Payments of Qualified or Governmental Plans	0.00	20. Ingresos Exentos Exempt Income	300.00
6. Contribución Retenida sobre una Distribución Total (20%) Tax Withheld from Lump Sum Distribution (20%)	0.00	21. Distribuciones Elegibles por Razón de Extrema Emergencia Económica a Raíz del Paso del Huracán María - Eligible Distributions for Reason of Extreme Economic Emergency Due to Hurricane María	
7. Contribución Retenida sobre una Distribución Total (10%) Tax Withheld from Lump Sum Distribution (10%)	0.00	A. Exentas Exempt	0.00
8. Contribución Retenida sobre Distribuciones de Planes No Calificados - Tax Withheld from Distributions of Non Qualified Plans	0.00	B. Tributables Taxable	0.00
9. Contribución Retenida sobre Otras Distribuciones de Planes Clasificados (10%) - Tax Withheld from Others Distributions of Qualified Plans (10%)	0.00	C. Cantidad sobre la cual se Pagó por Adelantado Amount over which a Prepayment was Made	0.00
10. Contribución Retenida sobre Anualidades Tax Withheld from Annuities	0.00	D. Aportaciones Voluntarias After-Tax Contributions	0.00
11. Contribución Retenida sobre Transferencia de un Plan Calificado a una Cuenta de Retiro Individual No Deductible - Tax Withheld from Rollover of a Qualified Plan to a Non Deductible Individual Retirement Account	0.00	E. Total (Suma líneas 21A a la 21D) Total (Add lines 21A through 21D)	0.00
12. Contribución Retenida sobre Distribuciones del Programa de Cuentas de Ahorro para el Retiro (10%) - Tax Withheld from Distributions from the Retirement Savings Account Program (10%)	0.00	22. Contribución Retenida sobre Distribuciones Elegibles por Razón de Extrema Emergencia Económica a Raíz del Paso del Huracán María - Income Tax Withheld on Eligible Distributions for Reason of Extreme Economic Emergency Due to Hurricane María	0.00
13. Contribución Retenida sobre Transferencia del Programa de Cuentas de Ahorro para el Retiro a Cuenta de Retiro Individual No Deductible (10%) - Tax Withheld from Rollover of the Retirement Savings Account Program to a Non Deductible Individual Retirement Account (10%)	0.00	23. Código de Distribución Distribution Code	<input type="text" value="A"/>
14. Contribución Retenida sobre Distribuciones a No Residentes - Tax Withheld from Nonresident's Distributions	0.00	Razones para el Cambio Reasons for the Change	
15. Contribución Retenida sobre Otras Distribuciones Tax Withheld from Others Distributions	0.00		

Número de Cuenta  
Account Number

P082461692A

Número de Control  
Control Number

180018965

Número de Control de la Declaración Informativa Original  
Control Number of Original Information Return

FECHA DE RADICACIÓN: 28 DE FEBRERO O 30 DE AGOSTO, SEGUN APLIQUE. VEA INSTRUCCIONES - FILING DATE: FEBRUARY 28 OR AUGUST 30, AS APPLICABLE. SEE INSTRUCTIONS.  
ENVÍE ELECTRONICAMENTE AL DEPARTAMENTO DE HACIENDA. ENTREGUE DOS COPIAS A QUIEN RECIBE EL PAGO. CONSERVE COPIA PARA SUS RECORDS  
SEND TO DEPARTMENT OF THE TREASURY ELECTRONICALLY. DELIVER TWO COPIES TO PAYEE. KEEP COPY FOR YOUR RECORDS

Reproducido por:  
Sistema de Retiro para Maestros



GOBIERNO DE PUERTO RICO  
Sistema de Retiro para Maestros

SRM-SB-024  
Rev. marzo 2017

## CERTIFICACIÓN DE PENSIÓN

CARRILLO RODRIGUEZ, CARMEN R  
VILLAS DEL REY 5TA SECC  
LG5 CALLE 31  
CAGUAS PR 00727

Certifico que CARRILLO RODRIGUEZ, CARMEN R recibe de una pensión vitalicia del Sistema de Retiro para Maestros. La pensión mensual es de \$1,860.00 equivalente a \$22,320.00 anual. Luego de las deducciones recibe la cantidad de \$1,753.04 mensual, equivalente a \$21,036.48 anual.

Esta certificación se expide hoy 1 de abril de 2019.



Número de Certificación: SRM03P1901704

Para verificar la validez de esta certificación, debe hacerlo a través del portal del Estado Libre Asociado de Puerto Rico:  
<http://www.pr.gov> o en nuestro Portal en <http://www.srm.pr.gov>

235 Avenida Arterial Hostos • Edificio Capital Center • Torre Norte, Hato Rey • Puerto Rico 00918  
P.O. Box 191879 • San Juan PR 00919-1879

787.777.1414

787.759.2883

[www.srm.pr.gov](http://www.srm.pr.gov)



Gobierno de Puerto Rico  
592 - SISTEMA DE RETIRO MAESTRO-PENS

Grupo de Pago: SM -Quincenal  
Desde: 01/16/2019  
Hasta: 01/31/2019  
Business Unit: PUERT  
Aviso #: 9357460  
Fecha Aviso: 01/30/2019

CARMEN R CARRILLO RODRIGUEZ EXT ALAMAR B20 CALLE M LUQUILLO, PR 00773 SS: XXX-XX-1692			# Empleado: XXXXX1692A Dept: 592160-ANOS SERVICIO LEY91 2004 Lugar: A/OS SERVICIO LEY 91 Titulo: Pensionado Sueldo: \$1,860.00 Monthly			DATA IMP: Federal PR Estado Civil: Married Married Concesiones: 0 39 +99 Pct. Adcl.: Cant. Adcl.:		
<b>HORAS E INGRESOS</b>						<b>IMPUESTOS</b>		
Descripcion	Sueldo	Corriente	Ingresos	Horas	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado
Pago de Salarios Regulares			930.00	172.50	1,860.00			
Total:			930.00	172.50	1,860.00	Total:		
<b>DEDUCCIONES</b>			<b>DEDUCCIONES GENERALES</b>			<b>DEDUCCIONES EXTERNAS (PAGAS)</b>		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado
			RM-Prest Pers De Cuota-Ret Mae	53.48	106.96			
Total:			0.00	0.00		Total:		
TOTAL BRUTO			TOTAL IMPUESTOS			DEDUCCIONES TOTALES		
Corriente:	930.00			0.00		53.48		876.52
Acumulado:	1,860.00			0.00		106.96		1,753.04
<b>PTO HORAS</b>			<b>ACUM</b>			<b>DISTRIBUCION PAGA NETA</b>		
Balance Inicial:			0.0			Aviso #9357460		
+ Acumulado:						876.52		
- Utilizado:						Total:		
- Donada:						876.52		
+ Ajustes:								
Balance Final:			0.0					

MENSAJE:

Gobierno de Puerto Rico  
592 - SISTEMA DE RETIRO MAESTRO-PENS

Fecha  
01/30/2019

Aviso No.  
9357460

Cant. Desposito: \$876.52

A la  
Cuenta(s) De

CARMEN R CARRILLO RODRIGUEZ  
EXT ALAMAR  
B20 CALLE M  
LUQUILLO, PR 00773

DISTRIBUCION DE DEPÓSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Deposito
Savings	redacted 7686	\$876.52
Total:		\$876.52

NO-NEGOCIABLE



Gobierno de Puerto Rico  
592 - SISTEMA DE RETIRO MAESTRO-PENS

Grupo de Pago: SM -Quincenal  
Desde: 01/01/2019  
Hasta: 01/15/2019  
Business Unit: PUERT  
Aviso #: 9098962  
Fecha Aviso: 01/15/2019

CARMEN R CARRILLO RODRIGUEZ EXT ALAMAR B20 CALLE M LUQUILLO, PR 00773 SS: XXX-XX-1692			# Empleado: XXXXX1692A Dept: 592160-ANOS SERVICIO LEY91 2004 Lugar: A/OS SERVICIO LEY 91 Titulo: Pensionado Sueldo: \$1,860.00 Monthly			DATA IMP: Federal PR Estado Civil: Married Married Concesiones: 0 39 + 99 Pct. Adcl.: Cant. Adcl.:		
<b>HORAS E INGRESOS</b>						<b>IMPUESTOS</b>		
Corriente			Acumulado			Corriente		
Descripcion	Sueldo	Horas	Ingresos	Horas	Ingresos	Descripcion	Corriente	Acumulado
Pago de Salarios Regulares			930.00	82.50	930.00			
Total:			930.00	82.50	930.00	Total: 0.00 0.00		
<b>DEDUCCIONES</b>			<b>DEDUCCIONES GENERALES</b>			<b>RENTAS ESTACIONALES PAGADAS</b>		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado
			RM-Prest Pers De Cuota-Ret Mae	53.48	53.48			
Total: 0.00 0.00			Total: 53.48 53.48			* Tributable		
<b>TOTAL BRUTO</b>			<b>TOTAL IMPUESTOS</b>			<b>DEDUCCIONES TOTALES</b>		
Corriente:	930.00			0.00			53.48	876.52
Acumulado:	930.00			0.00			53.48	876.52
<b>PRO-HORAS</b>			<b>ACUM</b>			<b>DISTRIBUCION PAGA NETA</b>		
Balance Inicial: 0.0						Aviso #9098962 876.52		
+ Acumulado:						Total: 876.52		
- Utilizado:								
- Donada:								
+ Ajustes:								
Balance Final: 0.0								

MENSAJE:

Gobierno de Puerto Rico  
592 - SISTEMA DE RETIRO MAESTRO-PENS

Fecha  
01/15/2019

Aviso No.  
9098962

Cant. Deposito: \$876.52

A la  
Cuenta(s) De

CARMEN R CARRILLO RODRIGUEZ  
EXT ALAMAR  
B20 CALLE M  
LUQUILLO, PR 00773

DISTRIBUCION DE DEPÓSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Deposito
Savings	redacted 7686	\$876.52
Total:		\$876.52

NO-NEGOCIABLE



## GOBIERNO DE PUERTO RICO

Sistema de Retiro para Maestros

### CERTIFICACIÓN

Certifico que el (la) profesor (a), **Carmen R. Carrillo Rodríguez**, es pensionado (a) del Sistema de Retiro para Maestros julio 2011 y que además de la pensión mensual recibe \$100.00 para la aportación médico patronal.

Esta certificación se expide hoy **16 de marzo de 2018**, en San Juan, Puerto Rico.

Jorge I. Rohena Gotay  
Supervisor (a)  
Sala de Servicio

MA-43

DEPARTAMENTO DE SALUD  
PROGRAMA MEDICAID

CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADO PÚBLICO Y/O PENSIONADO  
Elegible al Plan de Salud del Gobierno bajo la Categoría Estatal y  
Sin Aportación Patronal Comprometida

Yo, Carmen Rosa Carrillo Rodriguez  
NOMBRE DEL SOLICITANTE O BENEFICIARIO

Empleado o Retirado de:

☒ Agencia, ☐ Municipio, o ☐ Corporación Pública

Entiendo que soy elegible al Plan de Salud del Gobierno y que de poseer un Plan Médico como empleado público o pensionado del gobierno la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (mejor conocida como ASES) habrá de recibir la aportación patronal que mi Agencia, Municipio o la Administración de Retiros destina para el pago de dicho plan.

Entiendo que debo comunicarme con ASES para cualquier duda o pregunta que tenga sobre la aportación patronal.

Carmen Rosa Carrillo Rodriguez  
Firma del Beneficiario

Octubre 5, 2018  
Fecha

PARA SER LLENADO POR EL CERTIFICADOR
<u>800 250 5530</u>
# MPI
<u>Laura E. Garcia</u>
Nombre del Certificador
<u>Laura E. Garcia</u>
Firma del Certificador
<u>5.10.18</u>
Fecha

Villa del Rey 5<sup>ta</sup> calle 31  
L-G-5 Caguas P.R. 00727



MA-10  
Rev. 06/2017 (Español)

**Departamento de Salud de Puerto Rico – PROGRAMA MEDICAID**  
**NOTIFICACIÓN DE ACCION TOMADA SOBRE SOLICITUD O REEVALUACIÓN**

Página 1 de 1

Número Caso: 12090404420 Núm. de Solicitud: A1922803325 Fecha de Certificación: 16/08/2019  
Municipio de Residencia: Caguas Región de Medicaid: Caguas Región de ASES: Puerto Rico

Se ha evaluado la información que usted ha ofrecido y se ha corroborado con los documentos que se le han solicitado, y los cuales constan en nuestro expediente, y hemos determinado:

**Resultados de determinación de elegibilidad -**

Nombre	MPI	Otro Plan Médico	Ingreso Elegibilidad	Unidad Familiar	Elegibilidad	Fecha Efectividad	Fecha Vencimiento
CARMEN R. CARRILLO RODRIGUEZ	80025055320	Platino	\$0.00	01	Medicaid	01/11/2019	31/10/2020
CARMEN R. CARRILLO RODRIGUEZ	80025055320	Persona de Contacto					

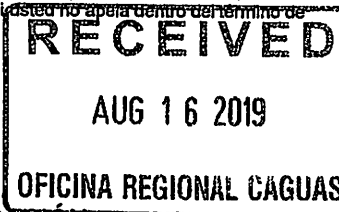
**Resultados de determinación para copagos -**

Nombre	MPI	Ingreso para Copagos	Unidad Familiar	Elegibilidad	Código Cubierta	Tope de Copagos
CARMEN R. CARRILLO RODRIGUEZ	80025055320	\$1,860.00	01	Medicaid	130	\$279.00

**NOTAS:**

A. **Tope de Copagos:** (1) La reglamentación federal establece que las personas elegibles a Medicaid o CHIP tendrán un tope en el total de los copagos. (2) El tope es de un 5% trimestral, y se determine a base del Ingreso MAGI de la Unidad Familiar MAGI y para llegar al tope se suman los copagos que pagan por trimestre cada uno de los beneficiarios que son Medicaid o CHIP de la unidad familiar MAGI. (3) Si en el transcurso del período de elegibilidad, un beneficiario a Medicaid o CHIP considera que pagó más de un 5% por concepto de copagos en un trimestre, él o ella pueden radicar una Solicitud de Reembolso de Copagos, la cual será evaluada por la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES). (4) La información sobre el Proceso de Reembolso y la Solicitud están disponible en las Oficinas Locales del Programa Medicaid y en la página web del Programa Medicaid (<https://www.medicaid.pr.gov/>) y en la de ASES (<http://www.ases.pr.gov/>). (5) La regla federal no aplica a quien es elegible Estatal.

B. **Determinaciones de Elegibilidad y para Copagos:** (1) Usted tiene derecho a radicar una apelación y solicitar una audiencia para que se revise la determinación de elegibilidad y/o la determinación para copagos que se les notifican mediante esta MA-10 cuando no está conforme con la decisión tomada en su caso. (2) La solicitud debe ser presentada por escrito y dentro de un plazo de 30 días, contados a partir de la Fecha de Certificación indicada en esta MA-10. (3) La misma podrá someterse - (a) en persona: en cualquier Oficina Local del Programa Medicaid de PR, (b) por correo a la siguiente dirección: Programa Medicaid, Departamento de Salud, P.O. Box 70184, San Juan, PR 00936-8184, o (c) por facsímil (fax): al número (787) 759-8361. (4) El término para apelar vence el: 16 de septiembre de 2019. (5) La determinación será final si usted no apela dentro del término de 30 días.



**CERTIFICO QUE HE LEIDO ESTA NOTIFICACIÓN.**

Nombre, Firma de Certificador

Nombre y Firma del Solicitante, Beneficiario o Representante

Fecha

Fecha

Nombre y Firma del Testigo

Fecha

Para el Cliente / Para el Expediente

*Vallen del Rey 5<sup>ta</sup> Sec. Calle 31*  
*LG-5 Caguas, P.R. 00727*

*Carmen Rosa Carrillo Rodriguez*  
*16 de agosto del 2019*

**1 First Bank**

## CHECKING ACCOUNT TRANSACTIONS

## OTHER DEBITS

DATE	AMOUNT	DESCRIPTION	
11/25	24.58	POS-112319*222159-HOLYLAND CAGUAS	
11/25	26.09	POS-112319*003833-GENTE LINDA CAGUAS	PR
11/25	32.96	POS-112419*016080-SELECTOS LOS CAGUAS	PR
11/25	54.04	POS-112419*062625-WALGREENS ST CAGUAS	PR
11/25	66.36	POS-112419*025428-TIENDAS CAPR CAGUAS	PR
11/25	7.91	ACH DB -112519-221571416847954 MULTINATIONAL LI	CHECK DEP.
11/26	443.58	ACH DB -112619-021502385561879 CAGUAS COOP	PREST PERS
12/02	13.34	POS-113019*004239-WENDYS 66 LO CAGUAS	PR
12/02	23.34	POS-113019*009436-SELECTOS LOS CAGUAS	PR
12/02	30.04	POS-113019*071661-T-MOBILE STO CAGUAS	
12/02	59.05	POS-113019*018807-TIENDAS CAPR CAGUAS	PR
12/02	20.00	ACH DB -120219-021502385572512 CAGUAS COOP	SAV ACCT
12/04	7.81	POS-120419*004068-GENTE LINDA CAGUAS	PR
12/04	11.75	POS-120419*002123-TOTAL HERNAN CAGUAS	PR
12/04	154.92	POS-120419*025817-WM SUPERCENT CAGUAS	PR
12/04	218.00	POS-120419*040251-Wal-Mart Sup 464 CAGUAS	PR
12/05	80.80	POS-120419*019859-USPS PO 4216 CAGUAS	
12/05	398.00	AM AUTOPAY TRANSFER TO LOANS Car	

From:

Carmen Rosa Carrillo Rodriguez  
 Villa del Rey 5<sup>ta</sup> sec Calle 31 L-G-5  
 Caguas, P.R. 00727

After Five Days Return To:  
PO Box 9146  
San Juan PR 00908-0146

**1 First Bank**

**STATEMENT OF ACCOUNT**

**STATEMENT DATE**

12/29/19

**022-CUENTA UNO**

0\* 4200102698

00007125 MFBPRR1231191244470R 1 000000000



CARMEN R CARRILLO-RODRIGUEZ  
VILLA DEL REY 5  
LG5 CALLE 31  
CAGUAS PR 00727-6717

BEGINNING BALANCE	DEPOSITS / OTHER CREDITS		CHECKS / OTHER DEBITS		SERVICE CHARGES	ENDING BALANCE
	NUMBER	AMOUNT CREDITED	NUMBER	AMOUNT DEBITED		
187.32	1	120.00	1	124.60	1.00	181.72

**CHECKING ACCOUNT TRANSACTIONS**

**DEPOSITS AND OTHER CREDITS**

DATE.....AMOUNT.....DESCRIPTION

12/16 120.00 121519\*000910-ATM CASH DEPOSIT  
FBPR LAS CATALIN CAGUAS PR

**OTHER DEBITS**

DATE.....AMOUNT.....DESCRIPTION

12/20 124.60 ACH DB -122019-041036044120369  
CMS MEDICARE PREMIUMS  
12/27 1.00 MAINTENANCE FEE \*

**\* \* \* \* \* OVERDRAFT AND RETURNED ITEMS FEES SUMMARY \* \* \* \* \***

TOTAL OVERDRAFT FEES/ THIS PERIOD 0.00

TOTAL OVERDRAFT FEES/ YEAR TO DATE 0.00

TOTAL RETURNED ITEMS FEES/THIS PERIOD 0.00

TOTAL RETURNED ITEMS FEES/YEAR TO DATE 0.00

**\* \* \* \* \* DAILY BALANCE INFORMATION \* \* \* \* \***

DATE.....BALANCE DATE.....BALANCE DATE.....BALANCE

11/27 187.32 12/20 182.72

12/16 307.32 12/27 181.72

RECUERDA ACTIVAR TU VISA DEBITO CON CHIP Y REGISTRALA EN  
ATH MOVIL, YA QUE TU VISA DEBITO SIN CHIP SERA CANCELADA EN  
CUALQUIER MOMENTO A PARTIR DE LA FECHA NOTIFICADA.







**GOBIERNO DE PUERTO RICO**  
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACIÓN Y OBRAS PÚBLICAS  
DIRECTORÍA DE SERVICIOS AL CONDUCTOR  
PERMISO PARA VEHÍCULOS DE MOTOR O ARRASTRES

**Relación de Multas Administrativas**

La siguiente relación incluye los boletos de multas administrativas que se han expedido contra el dueño del vehículo. Estas multas deberán ser pagadas al momento de renovar esta licencia.

BOLETO	FECHA	CANTIDAD	MUN.	ORDEN O LEY
--------	-------	----------	------	-------------

2018 MAZDA MAZDA2 SPORT BLANCO

Automovil(Privado) , Auto Privado

Descripción y Clasificación de Vehículo

11638904

04nov2017

IXO191=====

11684648

Registación

Fecha Registro

Tablilla

Título

2018 MAZD  
Año Marca

Modelo

BLA

Color

\* 4  
Puertas\* 4  
Cilín\* 100  
Cab  
Fuerza3MDDJBBV6JM300095  
VIN (Número de Serie)

Peso Desc.

Capacidad de Carga

CG0896

FBANK=====

\$ 17,500.00

Dealer

Venta Condicional

Precio Contributivo

dic 2019 a nov 2020

30 nov 2020

Vigencia

Expiración

CARRILLO RODRIGUEZ, CARMEN R

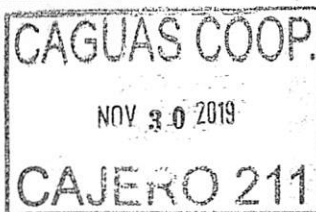
VILLA DEL REY 5TA SECC

L-G-5 CALLE 31

CAGUAS, PR 00727

Dueño del Vehículo y Dirección Postal

La Misma



Multas	\$ 0.00
Derechos Anuales	\$ 44.00
ACAA	\$ 35.00
Seguro Oblig	\$ 99.00
Centro de Trauma	\$ 2.00
Importe Total	\$ 180.00

Dirección Residencial, solo si es diferente a Postal

\$ 0.00

1373767

Precio de Venta

Licencia

Estación de Inspección

48283361

REQUIERE INSPECCION VEH. DE  
MAS DE DOS AÑOS FABRICADO

20191016-13325700-391-11914-4480-000000000

¿Desea usted donar a favor de la UPR?

☐ \$1.00☐ \$5.00☐ \$10.00☐ Otra cantidad: \_\_\_\_\_

Método de pago:

☐ Efectivo☐ Mastercard☐ Visa**Esta es tu nueva y conveniente NOTIFICACIÓN**

Podrá utilizar esta notificación de la misma manera que la tradicional forma impresa.

Ahora podrás adquirir tu marbete en:

- Institución Financiera (Banco o Cooperativas) participantes
- Colecturías
- Estaciones Oficiales de Inspección Participantes

Recuerde presentar ambos documentos

ORIGINAL-DUEÑO / COPIA-PUNTO DE VENTA

**INSTRUCCIONES AL CONTRIBUYENTE**

1. Notifique cambios residencia y postal dentro de sesenta (60) días siguiente al cambio.
2. Conserve el original del recibo de pago de boleto de multas, es su mejor evidencia de pago.
3. Devuelva la tablilla, licencia y título, si aplica, al Departamento cuando se haya dispuesto del vehículo como chatarra o abandonado por inservible, según requerido en el artículo 2.13 de la Ley 22. Evite que otras personas puedan hacer uso ilegal de las mismas.
4. Vehículo uso comercial con más de 10,000 libras, que transporte materiales y sustancias peligrosas o más de 10 personas deberán cumplir con los requisitos de la Comisión de Servicios Públicos.
5. Radique en el Centro de Servicios al Conductor (CESCO) el traspaso de su vehículo dentro de los diez (10) días de formalizado (endosado o notariado) y presentará un Sello de Rentas Internas por el valor de diez (10) dólares. [Artículo 3.34 (e)]
6. Pasado diez (10) días y hasta 30 días de formalizado, pagará diez (10) dólares en Sellos de Rentas Internas, más diez (10) dólares por traspaso tardío. [Artículo 2.34] Después de los treinta (30) días pagará diez (10) dólares en Sellos de Rentas Internas, más diez (10) dólares de traspaso tardío, más cinco (5) dólares por cada mes o fracción de mes que dejare de realizarlo.
7. La Ley 116 del 30 de junio de 2006 permite sólo el marbete vigente en el cristal del vehículo. Multa \$50.00.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES  
CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES (CMS)

THIS IS NOT A BILL

**MEDICARE PREMIUM BILL**

DATE: 12/27/2019

You have chosen Medicare Easy Pay. We will deduct your premium from your bank account around the 20th of each month.

YOUR MEDICARE NUMBER: redacted DX02**Ways to pay your bill:**

- Pay online at your bank's website
- Sign up for Medicare Easy Pay
- Make a check or money order payable to "CMS Medicare Insurance"
- Use Visa, MasterCard, American Express, or Discover



F1573-AEB-0306085-T00964 \*\*\*\*\*ALL FOR AADC 006

CARMEN R CARRILLO

VILLA DEL REY 5TA

LG 5 CALLE 31

CAGUAS PR 00727-6717



Send payment with the coupon at the bottom to:

**Medicare Premium Collection Center****P.O. Box 790355****St. Louis, MO 63179-0355**

	Coverage Periods	Part A (Hospital Insurance)	+	Part B (Medical Insurance)	+	IRMAA Part D	=	Total Amount
Amount due for Part A and/or Part B	02/01/2020-02/29/2020			\$124.60				\$124.60
Past due amount for Part A and/or Part B								
Amount due for IRMAA Part D								
Past due amount for IRMAA Part D								
Part A termination date:								
Part B termination date:								
Part D termination date:								
Total amount due: \$124.60								
Payment in full due by: 01/25/2020								

Please send your full payment by 01/25/2020. Your payment is late if Medicare gets it after this date. If your bill says "Delinquent" at the top, you must pay your bill in full by this date, or you could lose your coverage and you may not be able to get your coverage back right away. Partial payment may not stop you from losing your coverage.

Your bill shows new amounts and past amounts we didn't get by your last bill's due date.

We got your last payment of \$124.60 on 12/20/2019.

0306085



See other side for important information, including who to contact if you have questions.

▼ Don't send notes or letters with your payment. Cut at dotted line and return bottom with payment. ▼

CARMEN R CARRILLO  
VILLA DEL REY 5TA  
LG 5 CALLE 31  
CAGUAS PR 00727-6717Amount you are paying: \$                  

Visa/MasterCard/American Express/Discover Number:

            -             -             -            Expiration Date: (MM/YYYY)       -            Credit/Debit Card Billing ZIP Code:                  Signature:  ☐ Check here if your name or address has changed or is wrong, and complete the back of this paper.☐ Check here if the person has died.Medicare Number: redacted DX02

Write your Medicare number on your check or money order.

Amount due: \$124.60 Due in full by: 01/25/2020Don't send cash. Make check/money order payable to:  
**CMS Medicare Insurance**

Send payment to:

MEDICARE PREMIUM COLLECTION CENTER  
P.O. BOX 790355  
ST. LOUIS, MO 63179-0355

(over)

5139474336475119394244 181633 0012460 892



CAGUAS COOP CENTRAL  
Ave. Gautier Benítez  
Carr. #1 KM 37.5  
Caguas, Puerto Rico  
Tel. (787) 286-8500  
Fax. (787) 258-9550

CAGUAS COOP PUEBLO  
Calle Lope Flores  
Ave. Muñoz Rivera  
Caguas, Puerto Rico  
Tel. (787) 746-9595  
Fax. (787) 746-7575

## Certificación de Balance de Préstamo

Certificamos que el/la señor (a) **CARMEN R CARRILLO RODRIGUEZ**, tiene un préstamo en la Cooperativa Ahorro y Crédito de Caguas. A continuación le brindamos información sobre el mismo:

Tipo de Préstamo	PERSONAL-316788
Cantidad Financiada	\$ 25,000.00
Balance al día de hoy	\$ 23,286.47
Pago mensual	\$ 443.58

VALERIA M. TORRES  
Representante de Servicios  
01/4/2020

**CAGUAS COOP**  
*Tu Centro Financiero.*  
**Apartado 1252**  
**Caguas, P.R. 00726**

\* La información divulgada en esta certificación es estrictamente confidencial y ha sido redactada según solicitada por el socio. Esta Institución, sus directores o la que autoriza no se hacen responsables por acceso a terceras personas de la misma. Esta Certificación no constituye una verificación de ingreso o empleo. Acciones y depósitos no están asegurados por el Gobierno Federal. Acciones y depósitos asegurados hasta \$250,000 por COSSEC.



**Doris G Lasanta Morales, MD**

FAMILY PRACTICE-GERIATRICS

Calle 42 L1

Turabo Gardens V Seccion

Caguas, PR, 00725

Phone: (787) 747-2883

**GASTROENTEROLOGY**

Name: CARMEN R CARRILLO RODRIGUEZ Record No: **redacted** 2397  
 Age: 66 year(s) Birth Date: 6/2/1952 Gender: Female  
 Address:

**Diagnostics**

Description	Start	End
E113313 - Type 2 diabetes mellitus with moderate nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema, bilateral	9/13/2018	
J4520 - Mild intermittent asthma, uncomplicated	8/31/2018	
N83291 - Other ovarian cyst, right side	5/8/2018	
D251 - Intramural leiomyoma of uterus	5/8/2018	
M859 - Disorder of bone density and structure, unspecified	5/8/2018	
I129 - Hypertensive chronic kidney disease with stage 1 through stage 4 chronic kidney disease, or unspecified chronic kidney disease	3/15/2018	
Z6826 - Body mass index (BMI) 26.0-26.9, adult	2/23/2018	
D509 - Iron deficiency anemia, unspecified	2/23/2018	
D464 - Refractory anemia, unspecified	2/23/2018	
M65341 - Trigger finger, right ring finger	2/23/2018	
N952 - Postmenopausal atrophic vaginitis	2/23/2018	
M19071 - Primary osteoarthritis, right ankle and foot	2/23/2018	
M7731 - Calcaneal spur, right foot	2/23/2018	
G40309 - Generalized idiopathic epilepsy and epileptic syndromes, not intractable, without status epilepticus	12/5/2017	
I872 - Venous insufficiency (chronic) (peripheral)	11/20/2017	
I700 - Atherosclerosis of aorta	11/20/2017	
F332 - Major depressive disorder, recurrent severe without psychotic features	10/31/2017	
E559 - Vitamin D deficiency, unspecified	10/31/2017	
I2510 - Atherosclerotic heart disease of native coronary artery without angina pectoris	10/31/2017	
M5117 - Intervertebral disc disorders with radiculopathy, lumbosacral region	10/31/2017	
N183 - Chronic kidney disease, stage 3 (moderate)	10/31/2017	✓



Doris G Lasanta Morales, MD

Doris G Lasanta Morales, MD

FAMILY PRACTICE-GERIATRICS

Calle 42 L1

Turabo Gardens V Seccion

Caguas, PR, 00725

Phone: (787) 747-2883

**GASTROENTEROLOGY**

Name: CARMEN R CARRILLO RODRIGUEZ Record No: **redacted** 2397  
 Age: 66 year(s) Birth Date: 6/2/1952 Gender: Female  
 Address:

M5412 - Radiculopathy, cervical region	10/31/2017	
E1142 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic polyneuropathy	10/31/2017	
E1122 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic chronic kidney disease	10/31/2017	
Z794 - Long term (current) use of insulin	10/31/2017	
M797 - Fibromyalgia	10/31/2017	
I10 - Essential (primary) hypertension	5/15/2013	1/1/1900

**Allergies**

Description	Start	End
aspirin	5/15/2013	5/15/2013

**Conclusion**


Doris G Lasanta Morales, MD

*Villa del Rey 5ta C/31 L-G-5 Caguas P.R. 00725*



For Maria Arken  
NPI: 1154308716  
NABP: 4015548

# Lista de Medicamentos del Paciente Carmen R Carrillo Rodriguez

Villa del Reg 5<sup>ta</sup> sec. Calle 31 LG-5. Caguas, P.R. 00727

## Alergias:

Tipo de alergia	Descripción	Severidad	Reacción
Salicylate allergy	Aspirin allergy	Moderate	Rash

## Medicamentos:

Medicamento (Nombre y Dosis)	Condición	Indicación	¿Cómo la tomo?				
			Desayuno		Almuerzo	Cena	Antes de Dormir
			Antes	Después			
Alendronate Sodium 70 MG Tablet Oral	osteoporosis	TOMAR UNA TABLETA CON 8 ONZAS DE AGUA EN AYUNA SEMANALMENTE	✓				
Tradjenta 5 MG Tablet Oral	AZUCAR	TOMAR UNA TABLETA DIARIA		✓			
Glimepiride 2 MG Tablet Oral	AZUCAR	TOMAR UNA TABLETA DIARIA EN LA MANANA		✓			
Gabapentin 600 MG Tablet Oral	NEURONTIN	TOMAR UNA TABLETA DOS VECES AL DIA		✓		✓	



ranitidine HCl 150 MG Tablet Oral	REFLUJO	TOMAR UNA TABLETA DOS VECES AL DIA PARA REFLUJO		✓		✓	
Losartan Potassium-HCTZ 100-12.5 MG Tablet Oral	PRESION ALTA	TOMAR UNA TABLETA DIARIA		✓			
HumuLIN N 100 UNIT/ML Suspension Subcutaneous	AZUCAR	INYECTAR 20 UNIDADES SUBCUTANEAS ANTES DEL DESAYUNO Y 10 UNIDADES SUBCUTANEAS ANTES DE LA CENA	✓			✓	
Rosuvastatin Calcium 40 MG Tablet Oral	COLESTEROL	TOMAR UNA TABLETA DIARIA EN LA TARDE				✓	
Easy Touch Insulin Syringe 31G X 5/16" 0.5 ML Miscellaneous	AZUCAR	PARA ADMINISTRAR LA INSULINA		✓		✓	✓
Lantus 100 UNIT/ML Solution Subcutaneous	AZUCAR	INYECTAR 35 UNIDADES SUBCUTANEAS DIARIAMENTE EN LA TARDE				✓	

Carmen R Carrillo Rodriguez

Nombre del Paciente

*Carmen R. Carrillo*

Firma del paciente o encargado

010795935

Número de Afiliado

Nombre del Profesional de la Salud

*Anna Alf 4330*

Firma del profesional de la salud

12/30/2019

Fecha